UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1920. — N° 21

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES ABCÈS DU FOIE D'ORIGINE AMIBIENNE SANS OUVERTURE CHIRURGICALE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 17 Avril 1920

PAR

Jean-Baptiste SABADINI

Né à Ajaccio (Corse) le 26 Juin 1889

MEMBRES DU JURY :

MM. VINCENT, *Professeur de clinique chirurgicale*. . . . . PRÉSIDENT

ARDIN-DELTEIL, *Professeur de clinique médicale*. . . . . } JUGES.

GILLOT, *Professeur de clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées*. . . . . } JUGES.

CABANES, *Chargé des fonctions d'agrégé (chirurgie)*. . . . . } JUGES.

ALGER

ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN

Jules CARBONEL

IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT DES ABCÈS DU FOIE

D'ORIGINE AMIBIENNE

SANS OUVERTURE CHIRURGICALE

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1920. — N° 21

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT DES ABCÈS DU FOIE
D'ORIGINE AMIBIENNE
SANS OUVERTURE CHIRURGICALE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 17 Avril 1920

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Jean-Baptiste SABADINI

Né à Ajaccio (Corse) le 26 Juin 1889

MEMBRES DU JURY :

MM. VINCENT, *Professeur de clinique chirurgicale*..... PRÉSIDENT
ARDIN-DELTEIL, *Professeur de clinique médicale*.....
GILLOT, *Professeur de clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées*. ..... } JUGES.
CABANES, *Chargé des fonctions d'agrégé (chirurgie)*.....

ALGER
ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN
Jules CARBONEL
IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1920

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM. CURTILLET (O. ✻, I. ✪).
ASSESSEUR	HÉRAIL (I. ✪).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✻, I. ✪).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✪).
Chimie biologique et toxicologie	MAILLARD (✻, I. ✪, ✪).
Chimie médicale	X.....
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✪),
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O. ✻, I. ✪).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✻, I. ✪).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✻, A. ✪).
Clinique médicale infantile	CRESPIN (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	GILLOT (I. ✪).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT, (✻, I. ✪, O. ✪).
Histologie	ARGAUD (✻, I. ✪).
Hygiène	CHASSEVANT (✻, I. ✪, ✪).
Médecine légale	MICHELEAU (✻).
Matière médicale et thérapeutique	HÉRAIL (I. ✪).
Pathologie générale et microbiologie	SOULIÉ (✻, I. ✪).
Pharmacie	X.....
Physiologie	TOURNADE (✻).
Physique médicale	DUFOUR (I. ✪).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. TREILLE (O. ✻).
REY (✻, I. ✪).
MM. BATTANDIER (I. ✪).
MALOSSE, Théod. (I. ✪, ✪).

PROFESSEUR ADJOINT

M. LEBLANC (✻, I. ✪).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie	MM. FERRARI.
Chirurgie	E. CABANES (✻, I. ✪). LOMBARD.
Médecine	RAYNAUD. M. DUMOLARD.
Accouchements	FUSTER (✻, I. ✪).
Chimie	H. MALOSSE (I. ✪).
Pharmacie et matière médicale	MUSSO (A. ✪).
Parasitologie et sciences naturelles	X.....

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A la Mémoire de mes Frères

ANDRÉ et JOSEPH

De mon Frère Paul SABADINI

Caporal au 163e d'Infanterie

tué à Verdun, le 9 avril 1916

A mon Père et à ma Mère

Faible témoignage de ma vénération.

A mes Sœurs

A mon Oncle le Docteur SABADINI

Chirurgien des Hôpitaux

Qui fit mon éducation médicale,

ET

A ma Tante

Faible témoignage de ma grande reconnaissance et de mon affection.

A mon Cousin le Dr Léonce SABADINI

Externe des Hôpitaux de Paris

A mon Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur VINCENT

Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine d'Alger

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

A mes Maîtres de la Faculté d'Alger

A mes Juges :

Monsieur le Professeur ARDIN-DELTEIL

Professeur de Clinique médicale

Monsieur le Professeur GILLOT

Professeur de Clinique des maladies des pays chauds,
des maladies syphilitiques et cutanées

Monsieur le Professeur CABANES

Chargé des fonctions d'agrégé (Chirurgie)

A mes Camarades morts pour la France

MEIS ET AMICIS

JE DÉDIE CETTE THÈSE

AVANT-PROPOS

Avant de terminer nos études, interrompues par cinq années de guerre, il nous reste un devoir très agréable à remplir :

Que notre maître, M. le Professeur Vincent, qui nous inspira le sujet de cette thèse et auprès de qui nous avons toujours trouvé un accueil bienveillant et un enseignement précieux, reçoive ici l'expression de notre reconnaissance.

A M. le Dr Murat, médecin des hôpitaux, qui nous agréa comme préparateur dans son service de radiologie,

A MM. les Professeurs Ardin-Delteil, Crespin, à M. le Docteur Cabanes, chirurgien des hôpitaux, qui nous prodiguèrent leur science, nous adressons tous nos remerciements et les assurons de notre gratitude.

Nous remercions aussi MM. les docteurs Maury et Duboucher, chefs de clinique, qui nous aidèrent souvent de leurs connaissances.

Que notre cher ami, le Docteur Marcel Parodi, reçoive ici l'assurance de notre affection et de notre inaltérable amitié.

INTRODUCTION

« L'abcès du foie (amibien) doit être ouvert et le plus « tôt possible et le plus largement possible. Il ne saurait « y avoir aujourd'hui sur ce point même l'ombre d'une « hésitation. »

Cette loi formulée par J. L. Faure, dans le Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet (1910), est restée vraie et seule applicable au traitement des abcès amibiens du foie jusqu'en 1912. A cette époque, l'entrée de l'émétine dans la thérapeutique permet de s'écarter de plus en plus de cette règle absolue, qu'on ne pouvait pas transgresser à juste raison. Employée d'abord pour parachever l'œuvre de l'intervention, diminuer la virulence des germes, ensuite pour refroidir l'abcès amibien avant l'opération, l'émétine donna des résultats si brillants que l'idée vint à différents auteurs de traiter l'abcès du foie, sans son ouverture préalable, mais par l'évacuation du pus au trocart ou à l'aiguille et des injections d'émétine.

On tenta ensuite de se passer de la ponction et d'obtenir la guérison par l'émétine seule. Tout dernièrement on associa la novarséno-benzol à l'émétine.

Pendant notre séjour à Salonique, en 1917, nous eûmes, pour la première fois, l'occasion de voir un abcès du foie, traité par la ponction évacuatrice et l'émétine Nous fûmes frappés de la rapidité de l'amélioration et de la guérison obtenues alors que d'autres malades, dont l'état général n'était pas plus touché, dont l'abcès n'était

guère plus volumineux, sous ce climat meurtrier, traînaient longtemps après l'empyène, malgré la cure émétinique post-opératoire.

A notre rentrée à l'Hôpital de Mustapha, nous eûmes la bonne fortune de suivre dans les services de M. le Professeur Vincent et de M. le Docteur Cabanes, chirurgien des hôpitaux, deux malades atteints d'abcès amibiens du foie : l'un fut traité et guéri par la ponction évacuatrice après les cures d'émétine, l'autre par le traitement à « l'émétine seule ».

Rechercher dans quels cas d'abcès du foie ces différents procédés :

1° Emétine et ponction évacuatrice ;

2° « Emétine seule » ;

3° Emétine et novarséno-benzol,

sont applicables avec succès.

Décrire leur technique, montrer leurs avantages et leurs inconvénients, tel est le but que nous nous sommes efforcé d'atteindre dans notre travail inaugural.

HISTORIQUE

L'émétine isolée des racines d'Ipécacuanha, en 1817, par Pelletier et Magendie, fut employée pour la première fois, en 1912, en thérapeutique humaine, par L. Rogers, professeur de pathologie au Collège médical de Calcutta. Il utilisa, en injections hypodermiques, pour traiter l'amibiase humaine, un sel thérapeutiquement commode, le chlorhydrate d'émétine.

Rogers fut le premier aussi qui imagina de traiter les abcès dysentériques du foie par ce procédé. A la vérité Mac Lean et Norman Chevers, en 1886, avaient employé l'ipéca, dans le traitement de l'hépatite suppurée ; ces auteurs considéraient cette méthode comme un adjuvant précieux des traitements habituels de cette complication. Mais l'ipéca tomba dans l'oubli pendant de longues années.

Rogers fit ses premiers essais avec l'émétine dans la dysenterie amibienne ; devant les résultats qu'il obtint il pensa que cette substance pouvait aussi bien atteindre et tuer l'amibe dans le parenchyme hépatique que dans la paroi intestinale. Il vida alors les abcès amibiens du foie par simple ponction, injecta de l'émétine dans la poche, fit des injections sous-cutanées du même produit, répétées pendant plusieurs jours et obtint ainsi une guérison rapide, sans avoir eu recours à l'ouverture chirurgicale.

Cette méthode fut reprise en France, en 1913, par le Professeur Chauffard. Les injections sous-cutanées d'émé-

tine amenèrent une prompte guérison dans un abcès du foie ouvert dans les bronches. La suppuration fut tarie en cinq jours.

D'autres communications vinrent confirmer l'action de l'émétine sur des abcès dysentériques graves, qui avaient été opérés.

Presque en même temps, Rouget, à la Société Médicale des Hôpitaux, présentait une observation d'abcès amibien traité par la simple ponction suivie d'injection d'émétine ; après huit jours de cure, la ponction exploratrice restait blanche.

Les observations deviennent alors plus nombreuses. Baur et Plisson publient un cas intéressant d'abcès du foie amibien de deux litres et demi, vidé par ponctions, guéri par l'émétine sans qu'ils aient eu recours à l'ouverture. Chauffard communique plus tard à la Société Médicale des Hôpitaux un cas semblable de Julio Novaes.

En 1916, Lian et Lyon Caen traitent un abcès amibien du foie, compliqué de phlébite, dès le début de sa formation par l'émétine et la guérison est obtenue sans ponction ni intervention. La ponction exploratrice était restée négative. Il n'avait pas été encore publié en France de cas d'abcès du foie guéris par l'émétine sans ouverture chirurgicale ou spontanée ou ponction évacuatrice de l'abcès.

Brocq et Augé publient ensuite une observation d'hépatite aiguë, guérie de la même sorte, deux cas d'abcès du foie traités l'un par l'émétine et la ponction évacuatrice, l'autre par l'émétine seule.

Le traitement de l'abcès amibien du foie entre alors dans une nouvelle phase. Déjà en 1913, Milian à la suite d'une publication de Dopter, avait cité le cas d'un de ses malades syphilitique et qui en outre avait une dysenterie amibienne. Cette dysenterie, qui existait depuis six mois,

avait résisté aux médications habituelles. Il reçut pour sa syphilis un traitement au néosalvarsan. Dès la première injection, en trois jours, la guérison complète de la dysenterie fut obtenue avec disparition des amibes des selles. Milian proposa alors d'associer les néo-salvarsan à l'émétine dans les cas d'amibiase ayant résisté à cette dernière médication.

La question fut reprise pendant la guerre par Ravaut et Krolunotsky, qui soumirent leurs malades dysentériques au traitement mixte émétine et néosalvarsan.

Tout dernièrement Chauffard et Françon obtinrent la guérison d'un abcès amibien du foie par la cure émétino-arsenicale sans intervention.

Enfin nous avons pu publier dans notre travail deux cas d'abcès amibien du foie, traités l'un, à l'émétine et la ponction évacuatrice (M. le Professeur Vincent et M. le Docteur Maury, chef de clinique), l'autre à l'émétine seule (M. le Dr Cabanes et Dr Guisoni).

CHAPITRE PREMIER

Quelques notions nouvelles acquises sur l'amibiase pendant la guerre

Avant de présenter les observations intéressant notre sujet, nous tenons à rappeler ici, rapidement, quelques notions nouvelles introduites dans cette question de l'abcès amibien du foie, au cours de ces six dernières années.

La dysenterie amibienne était considérée, jusqu'en 1914, comme une maladie exclusivement exotique.

Landouzy et Debré n'avaient pu en réunir que 14 cas en France. L'amibiase hépatique était encore plus rare et on ne la rencontrait que chez des coloniaux à leur rentrée. Cependant il devait exister des abcès du foie amibiens, méconnus, comme il existait des dysenteries amibiennes « camouflées » par la présence de bacilles dysentériques. Chauffard, cependant, avait senti que l'amibiase pouvait prendre une extension redoutable.

Elle la prit malheureusement du fait de la guerre : des Dardanelles, de Salonique, de Syrie revinrent de nombreux porteurs d'amibes, avec dysenterie ou hépatite, et probablement beaucoup sans aucune manifestation.

En outre, dès 1915, Ravaut signalait que bon nombre d'amibiens étaient des soldats n'ayant jamais quitté la France ; ses rapports furent confirmés par la fréquence

sur le front français de la « diarrhée des tranchées » qui prit une allure épidémique. L'examen systématique des malades qui en étaient atteints révéla bien souvent la présence d'amibes dans les selles. Les complications hépatiques mirent également sur la piste de l'amibiase. Ces dysenteries souvent à peine ébauchées furent suivies d'abcès du foie tout à fait typiques.

L'amibiase devient alors une maladie autochtone et le séjour exclusif en France ne permet plus d'infirmer un diagnostic d'abcès du foie amibien. De plus, « quelques faits en apparence paradoxaux » peuvent égarer ce diagnostic (Ravaut et Charpin). Souvent il n'y a jamais eu de troubles dysentériques dans le passé du malade.

Des suppurations hépatiques même abondantes peuvent ne pas déterminer de fièvre.

Les recherches d'amibes ou de kystes dans les selles restent parfois négatives.

Les manifestations intestinales diminuent d'intensité ou cessent parfois dès qu'apparaissent les douleurs hépatiques « de même que dans la blennorragie, l'écoulement urétral et les gonocoques diminuent ou disparaissent dès que se produit une localisation testiculaire ».

Cette absence de certains symptômes est en contradiction avec ce qu'on observe dans les pays chauds.

Aussi devant un gros foie douloureux, il faudra toujours penser à l'amibiase ; si on est tombé juste le traitement à l'émétine, véritable traitement d'épreuve confirmera le diagnostic en amenant une amélioration rapide.

Si la guérison est obtenue par le seul traitement à l'émétine, l'hépatite est sans conteste amibienne, même le laboratoire resterait-il muet. Mais se trouve-t-on en présence d'un abcès du foie ou d'une congestion amibienne pure? Les symptômes sont les mêmes et la clinique ne

possède comme seul critérium que la ponction exploratrice, quand elle est positive. Aussi à l'appui de notre thèse, nous n'avons voulu retenir que les cas d'amibiase hépatique où la ponction avait prouvé l'existence d'une collection. Le processus amibien était ici au terme de son évolution, et si on ne peut admettre qu'une action abortive de la cure émétique quand la présence du pus n'a pas été démontrée, dans tous les cas que nous présentons, c'est une action curative qui a été obtenue.

Nous avons également laissé de côté les abcès du foie où l'évacuation du pus s'était faite par une ouverture spontanée dans les bronches ou le tube digestif.

OBSERVATIONS

Observation I (Résumée)

Abcès amibien du foie traité par la ponction évacuatrice et les injections sous-cutanées d'émétine. — Guérison. (Observ. communiquée par M. Rouget, à la Soc. Médicale des Hôpitaux, le 18 avril 1913).

R..., 37 ans, garde républicain, a été soigné pendant un mois, à Saïgon, pour dysenterie.

En 1906, puis en 1907, il est envoyé au Val-de-Grâce pour congestion hépatique. En 1909, il entre pour le même motif, à l'hôpital de Tulle.

De 1909 *à* 1912, il ressent chaque année, notamment au début du printemps, de vives douleurs dans le flanc droit.

Le 12 *février* 1913, il entre dans le service de M. Rouget : langue saburrale, haleine fétide, inappétence, constipation, léger ballonnement de l'abdomen.

La température atteint, le soir, 39° 5. Pouls à 84.

Le malade est légèrement anémié ; pas de coloration spéciale des téguments. Douleurs dans le flanc droit.

A la percussion, le foie est augmenté de volume.

On note 13 cent. sur la ligne mamelonnaire ; en arrière, submatité à la base thoracique droite ; sibilances, frottements légers.

La palpation de la région hépatique est douloureuse.

Pas de lésions des autres organes.

On fait le diagnostic d'abcès amibien du foie.

L'examen du sang donne :

Hematies	3.800.000
Globules blancs.....	8.000
Polynucléaires	70 p. 100
Eosinophiles	2 p. 100

Le malade est radioscopé. — A l'écran on constate que la partie convexe du foie accuse une voussure plus prononcée qu'à l'état normal, et que la partie correspondante du diaphragme demeure immobile lors des mouvements respiratoires.

Une ponction exploratrice est pratiquée quelques jours plus tard ; elle donne issue à un pus couleur chocolat.

La ponction aspiratoire est pratiquée le 8 mars. On retire 200 c^3 de pus chocolat dans lequel le microscope décèle la présence d'amibes.

Les cultures aérobies et anaérobies, faites sur divers milieux sont toutes demeurées infertiles. L'examen sur frottis colorés n'a montré aucun germe microbien.

Aussitôt après la ponction, on injecte sous la peau de l'abdomen 0 gr. 04 cent. d'émétine.

Température : 8 mars au soir, 37° ; 9 mars, matin, 36° 8. A partir de ce moment, on ne constate plus d'élévation thermique.

On a injecté en tout 0 gr. 28 cent. de médicament en six injections.

Ces injections faites sous la peau de l'abdomen ou de la face extrême des cuisses, n'ont pas été douloureuses. C'est à peine si, pour quelques-unes d'entre elles, on a noté le lendemain un peu de rougeur et de sensibilité à la palpation.

Les douleurs ont disparu le soir même de la ponction. L'état général s'est rapidement amélioré. Dès le 3e jour, le malade réclamait à manger et le 9e jour il était sur pied, n'accusant aucune sensation anormale et se déclarant complètement guéri.

Suivi pendant un mois, il ne présente rien de particulier. Le 7 avril, un deuxième examen radioscopique fut pratiqué. La convexité du foie paraît encore un peu plus accusée que normalement. Il y avait lieu de s'assurer si, à la place de

l'abcès, n'avait pas persisté quelque cavité renfermant du liquide. Une nouvelle ponction exploratrice est faite, au même point que les précédentes. Malgré l'aspiration effectuée, et bien qu'on ait enfoncé progressivement l'aiguille à fond, on n'obtient que quelques gouttelettes de sang pur.

La cicatrisation paraît donc parfaite et la guérison peut être considérée comme définitive.

Observation II (Résumée)

Grand abcès du foie d'origine dysenterique, traité par la ponction évacuative et des injections d'émétine ; bulle gazeuse intra-hépatique ; guérison. (*Observation prise par MM Jean Baur et L. Plisson, médecins-majors de l'armée, présentée par M. Dopter à la Société Médicale des Hôpitaux dans la séance du 7 novembre* 1913).

Mam..., appartenant au 14e bataillon de chasseurs, arrive au Maroc, en 1912. Un an après, dysenterie avec selles séreuses et sanguinolentes. Le malade est traité jusqu'en mars 1913, puis rapatrié en France. Il se plaint à cette époque d'une pesanteur au niveau du foie, bientôt transformée en douleur bien localisée, continuelle, s'irradiant dans l'épaule droite, exagérée par la pression sur la région hépatique, et les inspirations profondes. Hemithorax droit augmenté de volume.

Mam... est évacué sur l'hôpital Desgenettes, dans le service du Dr Baur.

Il est très amaigri (56 kilos pour une taille de 1 m. 69).

A. *Signes fonctionnels.* — Se plaint de la douleur signalée plus haut.

L'appétit est très diminué ; les selles sont pâteuses, non diarrhéiques ; elles ne contiennent ni glaire, ni sang.

B. *Signes physiques.* — On note une déformation considérable de tout l'hémithorax droit avec voussure maxima au niveau de la région hépatique.

La palpation et surtout la pression hépatique réveillent la douleur. Le foie déborde les fausses-côtes de quatre travers de doigt et remonte jusqu'au quatrième espace intercostal.

Langue humide, rouge ; abdomen souple, pourtant légère défense de la paroi.

Disparition des vibrations à la base droite. Aucun bruit surajouté. Bronchophonie dans toute la hauteur du poumon ; pectoriloquie aphone remontant à l'épine de l'omoplate.

C. *Signes généraux.* — Pouls : 120 ; Temp. : 38°, 38° 5.

Urines : léger disque d'albumine, pas de sucre.

Le diagnostic d'abcès du foie s'impose.

Examen radioscopique. — Opacité hépatique remontant à droite jusquau niveau du mamelon. Immobilité du diaphragme à droite. Pas d'épanchement dans la plèvre.

Le malade est ponctionné le 23 avril avec un trocart moyen, sur la ligne axillaire antérieure, dans le 7e espace intercostal. Cette ponction donne issue à un pus chocolat, assez épais. La quantité du liquide retiré est de 2 litres 500. On injecte dans la cavité de l'abcès 0 gr. 08 centg. de chloryd. d'émétine en solution dans 40 cent³ d'eau distillée. Un léger sifflement a été entendu à travers le trocart ; lorsque le trocart a été retiré, il s'est produit une plaque d'emphysème sous-cutané, au point précis de la ponction.

24 *avril.* — Le malade est très soulagé.

Examen radioscopique. — Le diaphragme est resté à la même hauteur, mais sous la coupole diaphragme existe un espace clair. Il s'agit évidemment d'une bulle gazeuse enclavée dans le foie.

Injection sous-cutanée d'émétine de 4 centigr.

25 *avril.* — 0,08 d'émétine sous-cutanée.

28 *avril.* — 0,08 d'émétine sous-cutanée.

29 *avril.* — 0,04 d'émétine sous-cutanée.

30 *avril.* — L'injection de 8 centigr. d'émétine est un peu douloureuse.

La limite supérieure de la matité hépatique est au même niveau, la limite inférieure est sensiblement remontée.

1er *mai.* — 0,08 d'émétine.

3 *mai.* — Nouvelle ponction du foie. Un litre de pus chocolat est aspiré avec le Potain, 0,08 d'émétine sont injectés dans la poche.

4 *mai.* — L'examen radioscopique montre le diaphragme droit abaissé de trois travers de doigt sur la situation qu'il occupait lors du précédent examen. La bulle gazeuse existe toujours.

13 *mai.* — 3e ponction. Le trocart enfoncé à plusieurs reprises et à des points différents, a donné des ponctions blanches. Le malade prend du poids.

22 *mai.* — Nouvelle ponction avec l'aiguille de Potain. On retire 600 grammes de liquide jaune ambré. 0,08 d'émétine dans la poche. L'aiguille a été retirée avec pincement de la peau, de manière, si possible, à aspirer la bulle gazeuze intra-hépatique.

A l'examen radioscopique, on constate la disparition de la bulle gazeuse.

14 *juin.* — Etat général excellent. Nouvelle ponction ramenant 300 gr. de liquide bouillon sale, 0,12 centigr. d'émétine dans la poche.

25 *juin.* — Nouvelle ponction (6e), donnant 250 gr. d'un liquide bouillon sale, 0,12 d'émétine sont injectés dans la poche. Etat général excellent.

1er *juillet.* — Le malade part en convalescence de 3 mois. Il rentre dans le service le 27 septembre. Son état général est excellent. Poids : 67 kilos au lieu de 61 en juin et 56 en avril. Localement plus de gêne. Le foie reste un peu gros ; il ne déborde pas les fausses-côtes. L'excursion du diaphragme à droite apparaît à la radioscopie moins étendue qu'à gauche.

9 *octobre.* — La ponction ramène 250 gr. de liquide bouillon sale. L'inoculation au chat reste négative.

21 *octobre.* — Trois ponctions sont pratiquées ; elles restent blanches.

26 *octobre.* — Le malade quitte le service. Poids : 67 kilos.

Examens de laboratoire. — Matière fécale : négatifs. Pus hépatique : pas d'amibes. Les cultures restent stériles.

Sang, 17 avril 1913 :

Globules rouges	3.500.000
Globules blancs	25.000

Equilibre leucocytaire :

Polynucléaires	85
Eosinophiles	3
Lymphocytes	3
Moyens mononucléaires	7

Observation III

Abcès amibien du foie traité par la ponction évacuatrice et des injections sous-cutanées d'émétine. (*Dopter*, « *Paris-Médical* », 1916).

Il s'agissait d'un soldat colonial guéri d'une atteinte de dysenterie amibienne contractée en Cochinchine. Depuis trois mois, il souffrait de douleurs vagues dans la région hépatique, mais ses douleurs augmentaient d'intensité, tout en restant très supportables. Néanmoins, inquiet de son état, il demande son hospitalisation et entre dans mon service. L'hypertrophie hépatique, le siège des douleurs, leur retentissement scapulaire, une légère voussure de la paroi thoracique à sa partie latéro-inférieure, l'existence d'une fièvre légère, ac-

cusée surtout dans la soirée (37° 8 à 38° 2), son anémie, etc., m'obligent à poser le diagnostic d'abcès du lobe droit du foie, dans sa partie inférieure.

L'évolution de cet abcès était torpide. C'est ce qui m'engagea à tenter une simple ponction évacuatrice sans avoir recours à l'empyème. Une ponction me permet d'extraire 500 grammes d'un pus hépatique classique, de teinte chocolat, où les amibes étaient rares, mais toutefois nettement perceptibles. La ponction terminée, et sans lavage de la cavité abcédée à l'aide d'une solution d'émétine, je me contente d'injecter quotidiennement 0 gr. 04 de ce médicament sous la peau, pendant huit jours consécutifs.

Deux jours après l'intervention, le malade ne ressentait plus aucune douleur ; son appétit, qui était languissant, devenait alors impérieux, ses téguments se recoloraient ; il reprenait son embonpoint antérieur ; le quatrième jour, il se levait et déclarait ne plus rien éprouver d'anormal. Une deuxième ponction pratiquée douze jours après la première, au même endroit, à diverses profondeurs, resta complètement blanche. Le malade revu il y a quelques jours était dans un état de santé parfait.

Observation IV

Abcès du foie d'origine amibienne guéri rapidement par ponctions et injections d'émétine. (Brocq et Augé, in « Revue de Chirurgie », année 1917).

Soldat C..., 3e d'artillerie coloniale, 25 ans.

Antécédents. — Dysenterie au Tonkin, en mars 1915. Rechute de dysenterie en juillet 1915.

Au début d'août 1915, le soldat C... entre à l'hôpital d'Hanoï pour des accidents hépatiques : douleurs dans l'hypocondre droit, avec température oscillant de 38° à 39°.

Le 17 août 1915, sous le chloroforme, incision d'un abcès du foie, après résection costale. Drainage, 25 injections sous-cutanées d'émétine à raison de 2 cg. par injection.

Cicatrisation en 17 jours. Le malade arrive en France au mois de mai 1916.

En juillet 1916, sur le front français, réapparition des selles dysenteriques.

Le 5 août 1916, le soldat G... est évacué pour de nouveaux accidents hépatiques : gros foie douloureux. Forte température (40°). Une ponction du foie ramène du pus chocolat.

L'examen des selles révèle la présence d'amibes en grand nombre.

2e *intervention.* — On utilise pour ouvrir l'abcès la même voie d'abord que pour la première incision.

Drainage : 11 injections d'émétine, à raison de 4 centg chaque.

Cicatrisation en 25 jours.

Après congé de convalescence, le soldat G... retourne au front à la fin de novembre 1916, non guéri de sa dysenterie : il accuse une diarrhée persistante.

Aussi les accidents ne tardent-ils pas à reparaître :

Le 2 février 1917, le malade est évacué sur une ambulance médicale : la courbe thermique présente de grandes oscillations, avec maximum le soir, parfois 40°, 41°.

Un léger subictère se montre avec inappétence, et douleurs dans l'hypocondre droit et au creux épigastrique. Des vomissements apparaissent et se répètent après chaque absorption de liquides. A partir du 4 février, les vomissements empêchent toute alimentation.

Le 8 février 1917, nous sommes appelés à examiner le soldat G... et nous portons le diagnostic d'abcès du foie d'origine dysenterique. Le malade est évacué sur notre ambulance. Léger subictère. Vomissements incessants. T., 39°2. Pouls, 98. Etat général grave.

Hypocondre droit et épigastre douloureux à la palpation.

Matité hépatique considérablement agrandie.
La hauteur du foie est de 20 cm. sur la ligne mamelonnaire.

Le 9 février, un examen radioscopique montre un foie volumineux. La coupole droite du diaphragme est immobile, même pendant la respiration profonde.
L'examen du sang donne les résultats suivants :

Numération globulaire :

Globules rouges	4.492.000
Leucocytes	17.600
Polynucléaires	86 p. 100
Grands mononucléaires	5 p. 100
Lymphocytes	9 p. 100

On croit apercevoir un ou deux éléments amibiens, en parcourant les lames.
L'examen des selles ne révèle la présence ni d'amibes, ni de kystes.

Le 9 février, on pratique, au moyen d'un petit trocart une ponction au ras du rebord costal, sur la ligne mamelonnaire.
A 7 cm. de profondeur, le trocart pénètre dans une poche et l'on retire par aspiration environ 50 cmc. de pus chocolat.
Injection dans la poche de 12 cg de chlorhyd. d'émétine.

Le 10 février, 8 cg d'émétine en injections sous-cutanées, en 2 fois.

Le 11 février, 8 cg en 2 fois.

Le 12 février, 8 cg en 2 fois.

Le 13 février, 4 cg en 1 fois.

Le 14 février, 4 cg en 1 fois.

Dès le troisième jour, une amélioration considérable se produit et progresse rapidement.

Le 14 février, deuxième ponction sous le rebord costal à 8 cm. de profondeur. On retire par aspiration 40 cm³ de pus épais, couleur purée de pois. La teinte chocolat a complète-

ment disparu. Aucun signe d'intolérance ne se montrant, on continue les injections d'émétine :

Le 15 *février*, 4 cg.

Le 16 *février*, 4 cg.

Le 17 *février*, 4 cg.

Le 18 *février*, 4 cg.

Au total, 60 cg d'émétine en dix jours.

Au cours de ce traitement, la percussion a montré une régression progressive du volume du foie.

De 20 cm, la hauteur du foie descend à 13 cm.

Le 26 février, trois nouvelles ponctions, sous le rebord costal, dans trois directions différentes et à des profondeurs variables restent blanches.

L'état général s'améliore chaque jour. Le malade s'alimente. Mais la diarrhée reparaît encore de temps en temps.

Après une période de quinze jours de repos, on fait une nouvelle série d'émétine de 60 cg, à la dose de 4 cg par jour.

Les selles se régularisent. Les matières deviennent moulées. Le malade engraisse rapidement.

L'examen du pus, ramené par la première ponction a été négatif : on a trouvé des hématies, des lymphocytes, quelques polynucléaires, mais pas de germes ni à l'examen direct, ni à l'ensemencement. L'examen des selles du soldat G... a été pratiqué trois fois, le 12 février, le 27 février et le 26 mars. On n'a jamais pu déceler la présence ni d'amibes, ni de kystes dans les selles, même après diarrhée provoquée, bien que les antécédents ne laissent aucun doute sur l'origine amibienne des accidents hépatiques.

Le 6 *avril*, une dernière ponction du foie reste négative.

Le 7 *avril*, le malade est évacué en excellent état général.

Il a engraissé. La matité hépatique ne mesure plus que 11 cm. sur la ligne mamelonnaire.

Malgré le traitement prolongé à l'émétine, le malade présente encore de temps en temps des selles molles. Le traite-

ment mixte émétino-arsenical serait indiqué. Nous ne l'avons pas pratiqué, parce que nous n'avions pas à notre disposition du novarsenobenzol :

Le soldat G... nous a donné des nouvelles le 1er mai : son état général est excellent. Il doit rejoindre son corps au front après sept jours de convalescence.

Malgré l'impossibilité de déceler dans les selles la présence d'amibes ou de kystes, cet abcès est certainement d'origine amibienne. C'est le troisième abcès, au cours d'une dysenterie contractée au Tonkin en 1915. Ici encore l'efficacité de l'émétine a été remarquable. Ce malade, dont l'état était sérieux, a été transformé avec une rapidité surprenante et guéri, à peu de frais, simplement par ponctions.

Instruits par les conseils du professeur Chauffard et par les observations antérieures, nous avons employé, dans ce troisième cas, de grosses doses d'émétine et nous avons pu ainsi guérir rapidement notre malade, sans ouverture chirurgicale de l'abcès. Aucun signe gênant d'intolérance ne s'est montré.

Observation V (Inédite)

Abcès du foie d'origine amibienne probable traité par la ponction évacuatrice et les injections d'émétine. (Prof. Vincent, Dr Maury, chef de clinique chirurgicale).

B..., propriétaire, entre le 27 décembre 1919 à l'hôpital de Mustapha, dans le service de M. le professeur Vincent, pour douleurs dans l'hypocondre droit.

Le malade est âgé de 62 ans. Né à Nimes, il habite l'Algérie depuis 42 ans. A contracté du paludisme, il y a une trentaine d'années. Il n'aurait plus d'accès depuis très longtemps.

Il y a trois ans, le malade a été pris de diarrhée abondante,

il a eu jusqu'à 40 selles par jour. Il fit une récidive l'an passé et eut de 20 à 30 selles par jour avec glaires sanguinolentes.

La maladie actuelle remonte à un mois. B... a été pris brusquement, dans la journée, d'une douleur vive siégeant dans l'hypocondre droit, sans irradiations ; il aurait eu de la fièvre.

Depuis cette crise, le malade a eu des douleurs spontanées de l'hypocondre droit avec exacerbations nocturnes. Pendant sa maladie, il n'a jamais eu de vomissements, jamais d'ictère ; les selles sont diarrhéiques.

L'appétit a disparu ; le malade a beaucoup maigri ; il pesait de 75 à 80 kilos ; il pèse actuellement 65 kilos. Le foie déborde le rebord des fausses-côtes de cinq travers de doigt ; sa limite supérieure est normale.

Le malade accuse un point particulièrement sensible siégeant à un doigt du rebord costal et sur le bord externe du grand droit.

Une ponction exploratrice faite en ce point donne du pus couleur café au lait.

L'ensemencement est négatif au point de vue microbien. A l'examen direct, on ne trouve pas d'amibes.

La rectoscopie montre des ulcérations du rectum ; on ne trouve pas d'amibes dans les selles.

A l'examen de l'appareil respiratoire on trouve de l'emphysème, de l'obscurité respiratoire du sommet gauche, mais pas de signes de réaction pleuro-pulmonaire à la base droite. La température est normale.

31 *décembre*. — Examen du sang :

Globules blancs	11.400

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	80
Mononucléaires	12
Lymphocytes	5
Eosinophiles	11
Formes de transition	3

Le malade reçoit, du 31 décembre au 5 janvier, six injections sous-cutanées d'émétine à 0,06 centg par jour.

6 *janvier*. — Examen du sang :

Globules blancs	8.750

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	41
Mononucléaires	7
Lymphocytes	46
Eosinophiles	1
Formes de transition	5

9 *janvier*. — La matité hépatique a diminué ; elle déborde les fausses-côtes de trois travers de doigt.

L'émétine est reprise jusqu'au 17 janvier, à raison de 6 cg par jour.

17 *janvier*. — La masse hépatique a encore regressé, elle forme un croissant débordant le rebord des fausses-côtes de deux travers de doigt.

L'état général devient excellent ; le poids remonte à 69 kilogrammes.

18 *janvier*. — Examen du sang :

Globules blancs	8.400

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	63
Mononucléaires	21
Lymphocytes	13
Eosinophiles	1
Formes de transition	2

23 *janvier*. — Une nouvelle ponction du foie donne du pus présentant les mêmes caractères que celui précédemment retiré. On évacue à la seringue 16 cg de pus et on injecte dans la poche de l'abcès 6 centig. d'émétine.

1^er^ *février*. — L'état général se maintient toujours excellent. Le malade pèse 74 kilos.

9 *février.* — L'abcès hépatique est de nouveau ponctionné ; on retire 80 cg. d'un liquide purulent, plus séreux que la dernière fois et de couleur café au lait très clair ; on injecte dans la poche 6 centig. d'émétine.

A partir de ce moment, le malade n'accuse plus de douleur, même profonde ; il se sent en état de reprendre le travail.

Un examen radioscopique est pratiqué par M. le Dr Viallet. Le diaphragme à droite apparaît très nettement ; il n'y a pas de denivellation ; mais son jeu est très limité. Le bord inférieur du foie, après éclairage du gros intestin par insufflation d'air et de l'estomac par absorption d'une potion de Tonnet, se montre légèrement abaissé et à convexité inférieure.

Le 6 mars, la ponction exploratrice est faite en des points et à des profondeurs différents ; elle reste blanche.

Le 11 mars, B... est évacué dans un service de médecine pour une bronchite légère.

Observation VI

---

[1]*Brocq et Augé), in « Revue de Chirurgie », année 1917. — Abcès du foie, pris pour une cholécystite suppurée, chez un soldat qui n'a jamais quitté la France. Origine amibienne probable. Traitement par les injections d'émétine.*

Soldat C..., 34 ans.

Aucun antécédent net de dysenterie. N'a jamais quitté la France.

Au début de juillet 1916, crise douloureuse peu intense, avec maximum de la douleur au point cystique. Soigné d'abord dans une ambulance médicale, où l'on porte le diagnostic de cholécystite suppurée. Entre à l'ambulance chi-

rurgicale X... le 20 juillet 1916 : on constate la présence d'une masse douloureuse, qui détermine, au-dessus du rebord costal droit, une large voussure, mate, empâtée, à contours mal délimités, débordant largement les fausses-côtes et paraissant faire corps avec le foie.

La douleur spontanée est peu intense ; elle s'affirme à la pression.

Inappétence. Pas de vomissements. Teinte légèrement bronzée des téguments. Très léger subictère. Présence éphémère d'acides biliaires dans les urines. Pendant trois jours, la température oscille de 38° le matin, à 39° 8 le soir. Le pouls se maintient autour de 90. On avait constaté, à plusieurs reprises, à l'ambulance médicale, le grand accès fébrile classique.

Sous l'influence du repos, de la glace, de la diète, ces phénomènes généraux s'amendent.

La température retombe à la normale. Mais le pouls reste un peu rapide et l'inappétence persiste. A chaque tentative d'alimentation on observe de petite poussées de température. D'ailleurs, le malade n'a pas d'appétit et ne réclame pas autre chose que du lait.

Les phénomènes locaux semblent, en quelque sorte, rester en retard sur l'amélioration de l'état général.

La voussure persiste, mais se limite ; on a l'impression que le péri-cholécystite diminue (car l'on avait, nous le rappelons, porté le diagnostic de cholécystite suppurée).

La matité hépatique mesure 16 centimètres en hauteur sur la ligne mamelonnaire.

Le 30 *juillet* 1916, ponction exploratrice : on ramène quelques centimètres cubes d'un pus de coloration café au lait.

L'examen de ce pus reste négatif.

Vers la fin de septembre, le malade, présentant depuis une quinzaine de jours, une apyrexie complète, on décide une intervention.

Opération le 28 septembre 1916. — Anesthésie au chloroforme. Laparotomie para-médiane droite, sur le bord externe du grand droit.

A notre grande surprise, le péritoine est libre d'adhérences et le bord inférieur d'un foie volumineux apparaît dans la plaie. La voussure est développée aux dépens surtout du lobe carré.

Deux doigts, engagés sous le foie, palpent une vésicule petite, souple, normale. On explore le pédicule hépatique, les voies biliaires. On ne perçoit aucune induration.

Protection soignée de la cavité péritonéale.

Avec une longue et grosse aiguille, on ponctionne ce gros foie au centre de sa voussure.

A 5 ou 6 centimètres de profondeur, on a la sensation que l'on a pénétré dans une poche peu étendue, aux parois indurées. On retire quelques centimètres cubes d'un pus café au lait, peu épais. Notre premier mouvement est d'ouvrir cette poche, mais, après réflexion, nous prenons le parti de faire d'abord des injections d'émétine.

Fermeture complète de la paroi en trois plans.

Le lendemain et le surlendemain, température normale, pouls 100.

Le lendemain de l'opération, on commence les injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine :

Les deux premiers jours, injection quotidienne de 4 cg.

Le troisième et le quatrième jour, injection quotidienne de 6 cg.

Le cinquième jour, injection de 4 cg.

Puis deux jours de repos.

Le huitième jour, 4 cg.

Puis deux jours de repos.

Le onzième jour, 4 cg.

Donc, au total, 3_2 cg. dans une première série.

Puis huit jours de repos et nouvelle série de piqûres d'émétine pendant huit jours, à la dose de 4 cg. par jour.

Soit encore 3_2 cg. au total, dans cette deuxième série.

Voici ce que nous avons constaté sous l'influence des injections d'émétine :

Tout d'abord, amélioration très notable de l'état général.

La température reste à la normale.

Le pouls, qui était un peu rapide, se ralentit et se maintient aux environs de 80.

L'appétit reparaît. L'alimentation, commencée dès le quatrième jour, ne provoque plus aucune élévation de température. Le malade demande à manger, alors qu'il refusait avant le traitement.

Les fils sont enlevés le huitième jour. Réunion parfaite. Dès lors, on peut suivre la diminution de volume du foie par la percussion et par les graphiques.

Avant le début du traitement, la hauteur de la matité hépatique sur la ligne mamelonnaire était à 16 centimètres environ.

Le 10 *octobre* (dix jours après la première injection), la hauteur du foie est de 14 cent. 1/2.

Le 14 *octobre*, 14 cent. ; *le* 17 *octobre*, 13 cent. ; *le* 19 *octobre*, 12 cent. 1/2 ; *le* 23 *octobre*, 11 cent. 1/2.

Le 25 *octobre*, on pratique des ponctions exploratrices à travers la paroi et à des profondeurs variant de 5 à 8 centimètres. On ne ramène que quelques gouttes de sang.

Le malade quitte l'ambulance le 27 octobre, avec un état général parfait, et un foie presque normal. La matité hépatique ne mesure plus que 11 centimètres à la percussion légère, 9 centimètres à la percussion forte.

Observation VII (Inédite)

Abcès du foie d'origine amibienne probable, traité par des des injections d'émétine, sans opération. (*Dr Cabanes, Dr Guisoni*).

Le malade entre à l'Hôpital de Mustapha, le 21 septembre 1919, pour dysenterie et douleurs dans l'abdomen.

Antécédents personnels. — A eu des bronchites. En octo-

bre 1917, il a été soigné dans le même hôpital pour paludisme. A fait un séjour à Madagascar, un autre en Roumanie sur les bords du Danube.

Ethylisme (un à deux litres de vin et deux à trois apéritifs par jour).

Marié et père de 4 enfants en bonne santé ; sa femme est bien portante.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort d'une affection indéterminée, la mère d'une affection de poitrine ; pas de frères, pas de sœurs.

Le malade souffre depuis une huitaine de jours seulement de douleurs abdominales violentes avec coliques et diarrhée ; il a sept à huit selles par jour accompagnées de ténésène.

Les selles sont sanguinolentes et glaireuses.

Il a maigri ; l'appétit a disparu.

La langue est sale, humide ; l'haleine est fétide.

L'estomac est normal ; l'abdomen est souple, mais ballonné ; légers gargouillements dans les deux fosses iliaques. Pas de défense de la paroi.

Le foie est gros ; il déborde les fausses-côtes de deux travers de doigt et remonte jusqu'au 4e espace intercostal.

La rate est grosse et douloureuse.

L'expansion thoracique respiratoire est diminuée dans l'hemithorax droit. Les vibrations ont disparu à la base droite ; tout le côté droit est submat.

L'auscultation révèle des râles fins aux deux bases avec prédominance à droite.

Le cœur et les vaisseaux sont normaux.

Le termomètre marque 39° ; le pouls est à 96.

Urines : Réaction de Gmlin : Traces d'albumine. Disque rouge brun d'urobiline ; disque vert de biliverdine.

La réaction de Hay est négative.

Le malade est mis, dès le premier jour, à la diète hydrique ; on lui donne 6 pilules de Segond ; des ventouses scarifiées sont appliquées sur la région du foie.

La fièvre persistant entre 39° et 39° 5, un traitement quinique est institué en raison de son paludisme antérieur.

Le 25 septembre, les selles deviennent plus nombreuses (16 selles dans les vingt-quatre heures).

Le 26 septembre, le malade est pris de dyspnée et de vomissements biliaires, en même temps que de violentes douleurs au niveau de la vésicule biliaire.

Le foie a encore augmenté de volume ; la température se maintient entre 38° et 38° 5. A l'auscultation on trouve un foyer de sous-crépitants, à la base droite.

Le 27 septembre, le malade a 11 selles ; la température oscille entre 37° et 39° 2.

Le 28 septembre, vomissements ; les douleurs sont toujours vives dans tout l'abdomen avec un maximum au niveau du foie ; le nombre des selles tombe à 9. Température 37°, 38° 5 ; pouls 76.

La tension artérielle au Pachon donne : Mx. 11, Mn. 7.

29 septembre. — Les douleurs s'étendent à la base thoracique droite, au niveau de la 10e côte.

Formule lencocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	85
Polynucléaires basophiles	2
Polynucléaires eosinophiles	1
Mononucléaires	9
Lymphocytes	3

On porte le diagnostic d'abcès amibien du foie.

Le 1er octobre, le malade est évacué en chirurgie, dans le service de M. le Dr Cabanes.

Le 3 octobre, on pratique une ponction exploratrice en avant du foie ; elle reste blanche. On fait une ponction exploratrice de la plèvre à droite : on retire un liquide jaune citrin avec particules floconneuses.

4 octobre. — Nouvelle ponction de la plèvre ; on retire un liquide séreux hémorragique.

Nouvelle ponction exploratrice du foie, en avant : on retire une seringue de pus chocolat.

La preuve de l'abcès hépatique étant faite, on institue le traitement par le chlorhydrate d'émétine en injections intramusculaires et à raison de 6 centig. par jour, en deux fois.

Le 6 octobre, la fièvre diminue ; elle tombe complètement le 10.

Le 11 octobre, on arrête la cure d'émétine.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	61
Mononucléaires	8
Lymphocytes	24
Eosinophiles	3

Numération globulaire :

Globules rouges	3.700.000
Globules blancs	13.000

Le 21 octobre, le malade retourne dans le service de M. le Dr Guisoni.

Le 27 octobre, la cure d'émétine est reprise et il reçoit par jour, deux injections de 0 gr. 04 centig. jusqu'au 5 novembre. La dose totale injectée pendant cette série est de 0 gr. 80. La température subit quelques poussées dues à l'état pulmonaire.

Le 12 novembre, on trouve de la matité du poumon droit, en arrière, dans les deux tiers inférieurs ; les vibrations thoraciques sont presques abolies ; on entend quelques râles de bronchite, un souffle léger aux deux temps de l'auscultation. Pectoriloquie aphone à droite.

Une ponction exploratrice dans le 9e espace intercostal droit est positive.

L'examen cytologique du liquide pleural décèle : des éléments cellulaires assez abondants, des lymphocytes et polynucléaires en proportion sensiblement égales, des polynucléaires presque exclusivement eosinophiles.

Le 18 novembre, on pratique une thoracenthèse et on retire 1100 gr. de liquide citrin.

Le 21 novembre, la matité à droite persiste ; mais les vibrations réapparaissent.

Le 2 décembre, l'état pulmonaire s'est encore amélioré ;

on perçoit des frottements à la base droite, les vibrations sont presque normales et on entend le murmure vésiculaire légèrement diminué.

Le foie déborde toujours de deux travers de doigt, le rebord des fausses côtes ; mais la pression n'est plus douloureuse (pas de douleur profonde).

L'appétit est complètement revenu ; la température oscille entre 37° et 37° 5. Le malade sort, le 11 décembre.

Observation VIII

Abcès amibien du foie guéri par l'émétine et le 914 sans opération (Chauffard et Françou. Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux, juillet 1919).

M... (Marcel), âgé de 25 ans, garçon de café, entre le 13 mai 1919, à la Clinique médicale de l'Hôpital Saint-Antoine pour une affection douloureuse et fébrile de l'hypocondre droit, apparue cinq jours auparavant.

Antécédents. — Pas d'éthylisme, aucun antécédent ni stigmate spécifiques. Pas de séjour colonial. En 1918, le malade est en contact à Maisons-Alfort avec des noirs appartenant au dépôt du 24e Colonial : en juin, juillet, août 1918, il présente une dysenterie typique. Pas d'examen de selles : traitement par l'opium et le bismuth, pas d'émétine. Le malade guérit et, pendant plusieurs mois, il est en parfaite santé.

En avril 1919, sans raison apparente, le malade éprouve brusquement des douleurs très vives dans le côté droit : cette crise ne s'accompagne pas de fièvre, ni de manifestations intestinales et cède spontanément au bout de deux jours.

Histoire de la maladie. — Le 8 mai, le malade est pris brusquement d'une douleur très violente à l'hypocondre droit, à l'épigastre et à l'épaule droite ; cette douleur atteint un si haut degré qu'elle lui arrache des cris. Elle conserve toute son acuité première, sauf à l'épaule où elle s'atténue au bout d'une demi-journée. En même temps apparaissent de la fièvre (39° 5) et des sueurs très abondantes.

A son entrée, le 13 mai, le malade accuse encore une vive souffrance : les traits sont tirés, le teint terreux, le faciès exprime la douleur et l'anxiété.

A la base thoracique droite, voussure légère et immobilité respiratoire : la palpation révèle un point douloureux très limité à deux travers de doigt en dedans de l'extrémité antérieure de la 10e côte et une contracture très marquée du muscle grand droit. A la percussion, foie peu augmenté de volume : sur la ligne parasternale droite, il déborde de deux travers de doigt et sa matité verticale mesure 14 centimètres. Pas de frottements péritonéaux. La pression du phrénique doit entre les deux chefs du sterno-mastoïdien est douloureuse.

Les selles sont d'aspect normal : la recherche des amibes et des kystes est et restera négative. Au rectoscope, muqueuse rectale congestionnée sans ulcérations ; cet examen, pratiqué dans le service de M. Bensaude, ne permet pas d'affirmer qu'il y a ou non dysenterie.

Le cœur, les poumons, la rate sont normaux. La température est à 38° 5, le pouls à 100°, la tension artérielle à 12/6 au Pachon. Urines : 1 litre, sans albumine.

Poids : 54 kg.

Du 13 au 16 mai, le malade est traité par des applications chaudes sur le foie : pas de changements, la température se maintient entre 38°, 38° 5 ; il existe une dyspnée légère (26 respirations à la minute).

Un examen du sang, pratiqué le 16 mai, donne :

Réaction de Wassermann	+ + +
Hémoglobine	80 p. 100
Temps de coagulation	9
Hematies	5.280.000
Leucocytes	11.400

Polynucléaires	76,5
Eosinophiles	2,5
Grands mono	3
Moyens mono	11
Lymphocytes	3,5
Formes de transition	3
Formes d'histolyse	0,5

Aux rayons X le diaphragme a conservé sa forme normale, mais son jeu est très limité à droite et à gauche.

L'estomac est fortement dévié à gauche par une masse correspondant à la région douloureuse qui parait être le lobe gauche du foie hypertrophié.

Le 17 mai. — Ponction exploratrice au point douloureux épigastrique : à 6 centimètres, l'aiguille retire 3 centimètres cubes de pus de teinte racahout, d'aspect un peu granuleux. Il est stérile bactériologiquement, mais on parvient à mettre en évidence une amibe du type histolytica. Le pus est formé de débris méconnaissables mélés à des hématies et à des polynucléaires altérés : il donne les réactions du glucose (Grigaut).

Le traitement émétino-arsenical est aussitôt institué : le malade reçoit quotidiennement 8 centig. du 17 au 24 mai, 6 centig. du 8 au 15 juin. On lui fait, en outre, 5 piqûres de 914, la première à 0,15, le 27 mai, les suivantes à 0,30, les 4, 11, 17, 24 juin.

Dès la première piqûre, la fièvre et la dyspnée disparaissent, la douleur est considérablement réduite, le faciès est transformé. Le malade réclame une alimentation plus substantielle. Le 22 mai, il ne persiste plus qu'une douleur obtuse à l'occasion des mouvements brusques et une très légère saillie épigastrique ; il n'existe plus de défense musculaire, la matité hépatique verticale mesure 12 cent. sur la ligne parasternale droite. Le 29 mai, l'examen du sang donne les résultats suivants : R W — — —, leucocytes 9.300 ; polynucléaires 69,5 ; eosinophiles, 2.

L'amélioration se poursuit régulièrement : le 1er juin, le foie a repris son volume normal, la voussure épigastrique est effacée à dater du 7 juin, le malade n'accuse plus aucune douleur

même profonde. Aux examens radioscopiques successifs (26 mai, 2, 11, 24 juin) on voit le foie réduire progressivement son volume ; le 21 juin, l'estomac a repris sa situation normale, le jeu du diaphragme est encore un peu limité. Le malade s'alimente comme tout le monde et gagne 3 k. 700 en un mois. L'émétine est parfaitement tolérée ; la tension artérielle est de 16/8 le 8 juin.

Le dernier examen de sang, pratiqué le 24 juin, donne : leucocytes 10.500 ; polynucléaires 78,5, eosinophile 5.

CHAPITRE II

Les abcès amibiens du foie susceptibles de guérir par la cure émétinique sans ouverture chirurgicale

Les observations que nous avons réunies et publiées ici montrent qu'on peut traiter avec succès, par une thérapeutique pour ainsi dire médicale, certaines variétés d'abcès amibiens du foie.

Il serait osé de prétendre que la cure émétique avec ou sans ponction, associée au néosalvarsan peut s'appliquer à tous les cas.

La plupart de ces malades étaient dans un état général favorable. La température dépassait rarement 39°. Dans aucun cas nous ne trouvons des signes de myocardite, comme nous l'avons souvent observé en Orient, chez des soldats déprimés par le climat, par une association amœbo-malarienne.

Quand l'état général est bien touché, il est urgent d'opérer ; la médication spécifique arriverait trop tard. Pourtant chez un des deux malades de Brocq, très affaibli, paraissant incapable de courir les risques de l'anesthésie et de l'intervention, le traitement émétinique fut institué comme un pis-aller et donna une véritable résurrection.

L'ouverture chirurgicale s'impose quand les cultures du pus hépatique décèlent des germes pyogènes. Il est

évident que l'émétine amibicide par excellence reste sans effet sur des bactéries aérobies ou anaérobies associées à l'amibe. La simple ponction ne suffit plus alors à vider la collection ; il faut draîner.

Faut-il ouvrir aussi les gros abcès du foie ? Dans l'observation II (Baur et Plisan) le malade était porteur d'un abcès qui donna à la première ponction deux litres et demi. Six ponctions au cours de son traitement retirèrent chaque fois de 300 à 200 cent. cubes. Le malade guérit sans intervention.

De ce seul cas, nous ne pouvons pas conclure que la ponction évacuatrice remplace avantageusement l'ouverture large même dans les abcès volumineux. Jusqu'ici on juge nécessaire d'opérer. Il est à souhaiter que de nouvelles observations viennent apporter leur appui et contrôler la valeur de la ponction.

Aussi seuls pourront être traités par la cure émétinique sans intervention chirurgicale, les abcès amibiens du foie évoluant chez des sujets à état général satisfaisant dont le pus ne contient pas d'autres germes que l'amibe ; dont le volume n'est pas excessif. Elle sera tentée, quelquefois avec succès, chez les malades paraissant incapables de supporter l'anesthésie et l'opération.

CHAPITRE III

A) **Modes de traitement. — Leurs indications**

Dans le traitement des abcès amibiens du foie sans ouverture chirurgicale, l'émétine en est la base même. Elle est spécifique, elle stérilise le pus. La ponction évacuatrice, le néosalvarsan n'en sont que les auxiliaires, précieux, il est vrai, nécessaires quelquefois.

Comment a-t-on employé l'émétine dans les cas que nous avons relatés?

1° Dans les observations I, II, III, IV, V on a ponctionné l'abcès ; on a injecté de l'émétine.

Rogers au début injectait l'émétine dans la poche même de l'abcès.

Chez les malades des observations I et III, elle a été injectée sous la peau.

Chez ceux des observations II, IV et V les injections ont été faites dans la poche et sous la peau.

Ces deux voies permettent une action amibicide plus rapide ; l'émétine agit directement sur les parois de la poche qui contiennent des amibes ; elle peut être injectée dans une solution d'eau distillée si le pus retiré était abondant. En injections hypodermiques, elle agit aussi bien sur l'amibiase hépatique que sur les autres localisations.

Les injections d'émétine peuvent constituer le premier temps du traitement. C'est la méthode de « l'émétine première ». Elle doit être appliquée toutes les fois que le volume de l'abcès ne nécessite pas une évacuation immédiate. Cette marche a été suivie chez le malade de M. le Professeur Vincent. La cure émétique a été instituée dès que la ponction eut prouvé la présence d'une collection. Après deux séries d'injections d'émétine, on retira à la seringue 16 cent. cubes de pus une première fois, 80 cent. cubes une semaine plus tard.

2° L'émétine est le seul agent thérapeutique employé. C'est le traitement à « l'émétine seule ». Peu d'observations existent actuellement où cette méthode a été employée avec succès. En laissant de côté les variétés d'hépatite amibienne où la ponction était restée blanche, nous n'avons pu trouver que deux cas, l'un de Brocq et Augé l'autre de MM. Cabanes et Guisoni.

« L'émétine seule » a été essayée chez le malade de MM. Vincent et Maury. Malgré une amélioration rapide très marquée, une régression de l'hépatomégalie, la ponction évacuatrice fut jugée nécessaire pour hâter la guérison.

3° L'émétine est associée au néosalvarsan. La cure émétino-arsénicale due à Milian (1913) entra vraiment dans la thérapeutique de l'amibiase, pendant la guerre, avec Ravaut. Il obtint des résultats brillants dans des dysenteries tenaces. Le néosalvarsan est employé de pair avec l'émétine et non à sa suite, les kystes amibiens résistant à l'émétine résisteraient à l'arsenic ; ils céderaient devant l'association de ces deux agents thérapeutiques.

Chauffard et Françon ont traité, avec succès, un abcès amibien du foie par l'émétine et le néosalvarsan associés

(observ. VIII). Les indications dans l'abcès amibien sont les mêmes que pour l'émétine seule.

La cure émétino-arsénicale paraît devoir être la cure d'avenir.

B) **Doses à employer**

Dans les observations ci-dessus, les doses employées sont variables suivant les auteurs, les malades.

Celui de Rouget (observ. I) guérit en huit jours avec une ponction évacuatrice ; il reçut sept injections sous-cutanées d'émétine de 0,04 centigr. à 0,06 centigr. par jour, au total 0,30 centigr. en une semaine.

Baur et Plisson (observ. II) firent trois injections dans la poche de 0,08 centigr. et une de 0,12 centigr. d'émétine dilués dans 40 centilitres d'eau distillée ; six injections sous-cutanées variant de 0,04 à 0,08 centigr. par jour ; au total 0,90 centigr. d'émétine dans l'espace de deux mois.

Dopter (observ. III) traita son malade pendant huit jours avec seulement 0,04 centigr. d'émétine sous-cutanée par jour.

L'un des malades de Brocq et Augé reçut deux séries de 0,32 centigr. à la dose quotidienne de 0,04 à 0,06 centigr. pendant un mois. Le second reçut deux séries de 0,60 centigr. et 0,12 centigr. dans la poche de l'abcès, dans l'espace de deux mois. Les doses varient de 0,12 à 0,04 centigr. par jour.

MM. Vincent et Maury traitent leur malade pendant un mois avec deux séries de 0,36 centigr. en injections sous-

cutanées et 0,12 centigr. dans la poche. La dose quotidienne était de 0,06 centigr.

Le malade de MM. Cabanes et Guisoni reçut 0,54 centigr. en un mois et demi ; la dose quotidienne était de 0,04 à 0,06 centigr.

Chauffard et Françon firent 7 injections d'émétine à 0,08 et 7 autres à 0,06 centigr. et 5 piqûres de 914, la première à 0,15, les suivantes à 0,30.

Pour la conduite de la cure émétinienne Françon conseille le schema suivant qu'on modifiera au gré des indications individuelles : une première série de sept injections, les trois premières à 8-12 centigr. ; les suivantes à 4-6 centigr., dix à quinze jours de repos ; une série de sept piqûres de consolidation à 4-6 centigr. Il est prudent de ne pas dépasser la dose de 1 gramme en un mois.

La médication mixte est appliquée ainsi par Ravaut : « Nous pratiquons une première série de quatre injections intra-veineuses de 0,30 centigr. de 914 à quatre jours d'intervalle ; chacun des trois jours intermédiaires, nous injectons l'émétine aux doses croissantes et continuons les injections de 914 aux doses de 0,30 centigr. tous les quatre jours jusqu'à concurrence de dix, mais à partir de la septième nous reprenons de nouveau l'émétine et intercalons trois nouvelles séries d'émétine aux doses de 4, 6, 8 centigr. entre les trois dernières injections de 914 ».

C) **Effets de la médication. — Rapidité des résultats**

Par les observations, on a pu constater que l'émétine donne des résultats très rapides. Même chez les malades dont l'abcès n'a pas été vidé par la ponction, les deux premières injections d'émétine amènent une amélioration marquée de l'état général. La fièvre diminue, la dyspnée disparaît dès les premiers jours. Après une série de piqûres la température tombe complètement, l'appétit revient.

Les signes locaux se modifient en même temps. La douleur s'atténue, le volume du foie diminue rapidement. Le pus change d'aspect, les modifications de couleur, de consistance sont un sûr moyen de contrôle. Le pus amibien est les plus souvent à la première ponction de teinte chocolat, café au lait, racahout, de consistance assez épaisse. Sous l'influence de l'émétine, il change de couleur, devient plus clair, bouillon sale et souvent il finit par se tarir. En tuant l'amibe, l'émétine a changé le pus vivant en pus mort.

Le Professeur Chauffard attache une grande importance au caractère hémorragique du pus : « Tant que le pus reste rougeâtre on doit admettre que dans la cavité de l'abcès et surtout au niveau de ses parois, les amibes restent en pleine activité hystologique et hématophage ; dès qu'elles sont atteintes et tuées par le médicament spécifique, la sécrétion change d'aspect, puis se tarit ».

Malgré le retour du poids, de l'appétit, des forces, malgré l'absence de pus à la ponction exploratrice effectuée dans des directions et des profondeurs différentes, on n'a pas encore le droit de dire qu'il y a guérison de l'hépatite; tous les auteurs sont d'accord là-dessus.

Le laboratoire apportera des renseignements précieux par l'examen du sang, des selles. La réaction de Wassermann serait souvent positive dans l'amibiase ; sous l'influence de la cure émétinique ou émétino-arsénicale, elle deviendrait négative et indiquerait la destruction des amibes (Obs. VIII).

Un signe important de guérison est la régression du volume du foie redevenu presque normal. Après la cure, souvent, à la radioscopie, dans les abcès haut situés, le diaphragme à droite n'est pas revenu complètement à sa place ; sa courbure est encore floue ; son excursion reste moins étendue qu'à gauche ; le sinus est gris. Cet état persistant est dû à des adhérences pleurales, reliquats du retentissement inflammatoire ; devant les autres preuves, il doit être interprété comme un processus de guérison, non comme la manifestation réactionnelle d'un foyer non éteint.

La disparition de la douleur profonde à la palpation est encore un beau signe de guérison. Sa persistance avec l'hépatomégalie doit inspirer des doutes sur le résultat obtenu et faire craindre une fausse guérison.

D) **Récidives. — Echecs**

Même quand la guérison a été obtenue et se maintient depuis des années, le pronostic du sujet comporte des réserves. « Il reste un amibien après la disparition de l'épisode hépatique et la présence des kystes dans les matières atteste l'infestation permanente de l'organisme ;

dans l'état actuel de la thérapeutique, une récidive intestinale ou hépatique sera donc toujours possible » (Françon).

L'ouverture chirurgicale, suivie d'une cure émétinique, ne met pas à l'abri non plus d'un nouvel abcès du foie (Observ. IV). Si l'amibiase se réveille, le sujet sera menacé d'une nouvelle complication hépatique.

Quelquefois la cure émétinique ou émétino-arsénicale se heurte à de véritables échecs ; le parasite possède une « émétino-arseno résistance ». Quand le pus renferme des microbes aerobies ou anaerobies, il est inutile d'entreprendre la cure spécifique sans évacuation large de la collection ; il en est de même devant les cas où l'amibe est hypervirulente.

Il n'en reste pas moins vrai que l'émétine garde tout son pouvoir anti-amibien ; les résultats acquis montrent que son action est plus rapide et plus durable pour le foie que pour l'intestin. Cela tient, pense Françon, à deux raisons : « L'absence très habituelle de kystes amibiens dans les foyers hépatiques, le fait que la dysenterie intestinale est fréquemment surinfectée par l'adjonction de bacilles (dysentériques, paratyphiques) ou de protistes (Tetramitus, Trichomonas, etc.) qui la prolongent et l'aggravent sans être modifiés par l'émétine et le 914.

E) Toxicité du chlorydrate d'émétine

Certains auteurs ont signalé des accidents toxiques dus au chlorhydrate d'émétine :

Un malade de Lagane, atteint de dysenterie amibienne avec abcès du foie, reçut, pendant 14 jours consécutifs, 0.08 centig. par jour de chloryd. d'émétine en injections sous-cutanées. Arrivé à cette dose, il y eut un degré assez marqué d'hypotension artérielle avec affaiblissement des contractions cardiaques.

Chez un malade de Spehl et Calard (Bruxelles) qui reçut 1 gr. 44 en dix-huit jours, apparurent de la parésie flasque de toute la musculature et plus particulièrement des muscles du cou, des troubles de déglutition, de la mastication et de la parole, de l'œdème de la face, de la diminution notable des réflexes, de la tachycardie, de l'affaiblissement cardiaque.

Ces accidents sérieux sont rares ; on peut les éviter en ne dépassant pas les doses que nous avons indiquées. On voit plus souvent des incidents sans gravité, de l'érythème, au lieu de la piqûre, de l'urticaire se produisant très longtemps après les injections.

CONCLUSIONS

1° Le traitement chirurgical des abcès amibiens du foie est insuffisant à lui tout seul. « Il s'adresse à l'accident, non à la cause » ;

2° Il peut être avantageusement remplacé, dans un très grand nombre de cas, par la simple ponction évacuatrice et les injections d'émétine. « L'émétine tue l'amibe et transforme ainsi l'abcès vivant en un abcès mort » ;

3° La cure à l' « émétine seule » suffit dans les abcès de petit volume à résorber le pus devenu stérile et à amener la guérison.

Le néo-salvarsan renforce l'action de l'émétine ;

4° L'amélioration est manifeste dès les premiers jours. Le retour à la santé est obtenu au bout de deux mois environ ;

5° Si, au bout de trois à quatre jours, malgré l'émétine, la fièvre, la douleur, l'hépatomégalie persistent, il faudra passer la main au chirurgien ;

6° En cas de rechutes, de récidives, employer à nouveau le traitement médical ;

7° Actuellement l'abcès amibien du foie peut se rencontrer chez des sujets qui n'ont aucun séjour aux colonies, aucun antécédent net de dysenterie.

BIBLIOGRAPHIE

CHAUFFARD. — Un cas de guérison rapide par l'émétine d'un gros abcès dysentérique du foie, ouvert dans les bronches. (Acad. de Méd., 25 février 1913).

FLANDIN (Ch.) et DUMAS. — Gros abcès dysentérique du foie ouvert dans les bronches. Guérison obtenue par le traitement chirurgical et les injections de chlorhydrate d'émétine. (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 7 mars 1913).

CHAUFFARD. — Gros abcès amibien du foie, guérison rapide par le traitement chirurgical, suivi de la cure d'émétine. (Soc. Méd. Hôp., 14 mars 1913).

ROUGET. — Abcès amibien du foie, traité par la ponction évacuatrice et les injections sous-cutanées d'émétine. Guérison. (Soc. Méd. Hôp., 18 avril 1913).

BAUR et PLISSON. — Grand abcès du foie, d'origine dysentérique, traité par la ponction évacuatrice et des injections d'émétine. Bulle gazeuse intra-hépatique. Guérison. (Soc. Méd. Hôp., 7 novembre 1913).

DOPTER. — *Paris Médical*, 1er novembre 1913).

DOPTER et PAURON. — Contribution à l'étude de l'action de l'émétine dans le traitement des abcès dysentériques du foie. (Soc. Méd. Hôp., 28 novembre 1913).

MORIN (H.). — L'émétine dans la dysenterie amibienne. (Thèse de Bordeaux, 1913).

LANDOUZY et DEBRÉ (R.). — Les porteurs de germes importateurs de maladies exotiques, particulièrement de la dysenterie amibienne. (*Presse Médicale*, 25 mars 1914).

NOVAES (Julio). — De la guérison de l'abcès tropical du foie par l'émétine. Rapport de A. Chauffard. (Soc. Méd. Hôp., 16 avril 1915).

REMLINGER et DUMAS. — La diarrhée dite des tranchées. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 20 mai 1915).

SACQUÉPÉE, BURNET et WEISSEMBACH. — Recherches sur les diarrhées et dysenteries en campagne. (*Paris Médical*, 24 juillet 1915).

RAVAUT et KROLUNOTSKY. — Traitement de la dysenterie amibienne par l'arseno-benzol. (Soc. Méd. des Hôp., 15 octobre 1915).

RIST et ROLLAND. — Un cas d'amibiase hépatique autochtone. (Réunion Méd. de la VIIe armée, 4 novembre 1915).

RICHET fils. — Contagion de la dysenterie amibienne dans la zone tempérée. (Soc. méd. des hôp., 25 février 1916).

RATHERY et BISCH. — Abcès du foie et diarrhée des tranchées. (Acad. de Méd., 4 avril 1916).

ORTICONI et AMEUILLE. — Dysenterie amibienne autochtone. (Acad. de Méd., 4 avril 1916).

DOPTER (Ch.). — Action de l'émétine dans le traitement des abcès amibiens. (*Paris Médical*, 4 mars 1916).

AMEUILLE et TILLAYE. — Hépatite amibienne suppurée, autochtone et primitive. (Soc. Méd. H p., 13 oct. 1916).

LIAN et LYON CAEN. — Abcès du foie, traité dès le début de sa formation par l'émétine compliqué de phlébite et guéri sans ponction ni intervention. (Réunion Méd. de la XVe Armée, 25 août 1916 ; *Presse Médicale*, 9 octobre 1916).

RAVAUT et KROLUNISTSKY. — L'emploi du novarsénobenzol dans le traitement de la dysenterie amibienne. (Société de pathologie érotique, 12 juillet 1916).

RAVAUT et KROLUNITSKY. — Le traitement mixte de la dysenterie amibienne par les cures émétino-arsenicales. (*Paris Médical*, janvier 1917).

BROEQ (P.) et AUGÉ (A.). — Un cas d'hépatite aiguë et deux cas d'abcès du foie d'origine amibienne probable, traités par des injections d'émétine, sans ouverture chirurgicale. (*Revue de Chirurgie*, 1917).

DALIMIER. — Toxicité du chlorhydrate d'émétine. (*Presse Médicale*, n° 4, 1917).

CARLES. — La dysenterie amibienne et les entérites chroniques de guerre. (Vigot, 1918).

RAVAUT (P.). — Syphilis, paludisme, amibiase. Traitement initial et cures de blanchiment. (1 volume, collection Horizon, Masson, éditeur, 1918).

FRANÇON (F.). — Les hépatites amibiennes aiguës abortives. (Thèse de Paris, 1919).

RAVAUT et CHARPIN. — Sur quelques faits en apparence paradoxaux susceptibles d'égarer le diagnostic d'hépatite amibienne. (*Presse Médicale*, 10 février 1919).

CHAUFFARD et FRANÇON. — Abcès amibien du foie guéri par l'émétine et le 914 sans opération. (*Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, juillet 1919).

BERTRAN et FONTAN. — Traité médico-chirurgical de l'hépatite suppurée des pays chauds. (Société d'éditions scientifiques, Paris 1895).

Vu :

Le Président de Thèse,

Dr VINCENT.

Vu :

Le Doyen,

Dr CURTILLET.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 22 mars 1920.

Le Recteur,

E. ARDAILLON.

ALGER — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL — ALGER

ALGER — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL — ALGER